

年 月 日

北上市長 様

申請者
住 所
氏 名
電 話

北上市一般不妊治療費助成金交付申請書兼請求書

一般不妊治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

ふりがな		
氏名	受診者	配偶者
生年月日	S・H 年 月 日生 (歳)	S・H 年 月 日生 (歳)
住 所 (受診者と配偶者の住所が異なる場合に記入)	〒 ー 電話番号 ()	
交付申請回数	初めて・ 回目	2回目以降の場合、※欄は市担当課で確認のうえ記入してください。
申請にかかる治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで (一般不妊治療受診等証明書から転記)	
助成期間※	年 月から12箇月	
(1) 治療費総額	円	
(2) 助成済額※	円	助成期間中において既に助成を受けた金額
(3) 助成限度額	100,000円—(2)	
(4) 交付申請額	円(給付を受けた額を除いた額を記入すること)	
一般不妊治療に対する給付の有無(注)	・なし ・あり(給付を受けるまたは受けた額 円)	
助成金の振込先	口座名義人 (申請者と同じ)	(フリガナ)
	振込先	金融機関名 支店名 口座〔普通(総合)・当座〕番号

(注)一般不妊治療に対する給付とは、当該治療費総額に対する高額療養費や付加給付等のことを意味します。

備考

- ・医療機関発行の領収書及び明細書を添付してください。
- ・この申請書は、助成金の交付決定をした後に助成金交付請求書として取扱い、上記の振込先に助成金を交付します。